

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

— **THÈSE** —

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **P. RAVET**

Né à Nantes le 26 juillet 1885

DE

L'URÉTHROSTOMIE PÉRINÉALE

Président : M. SEGOND, professeur.

PARIS

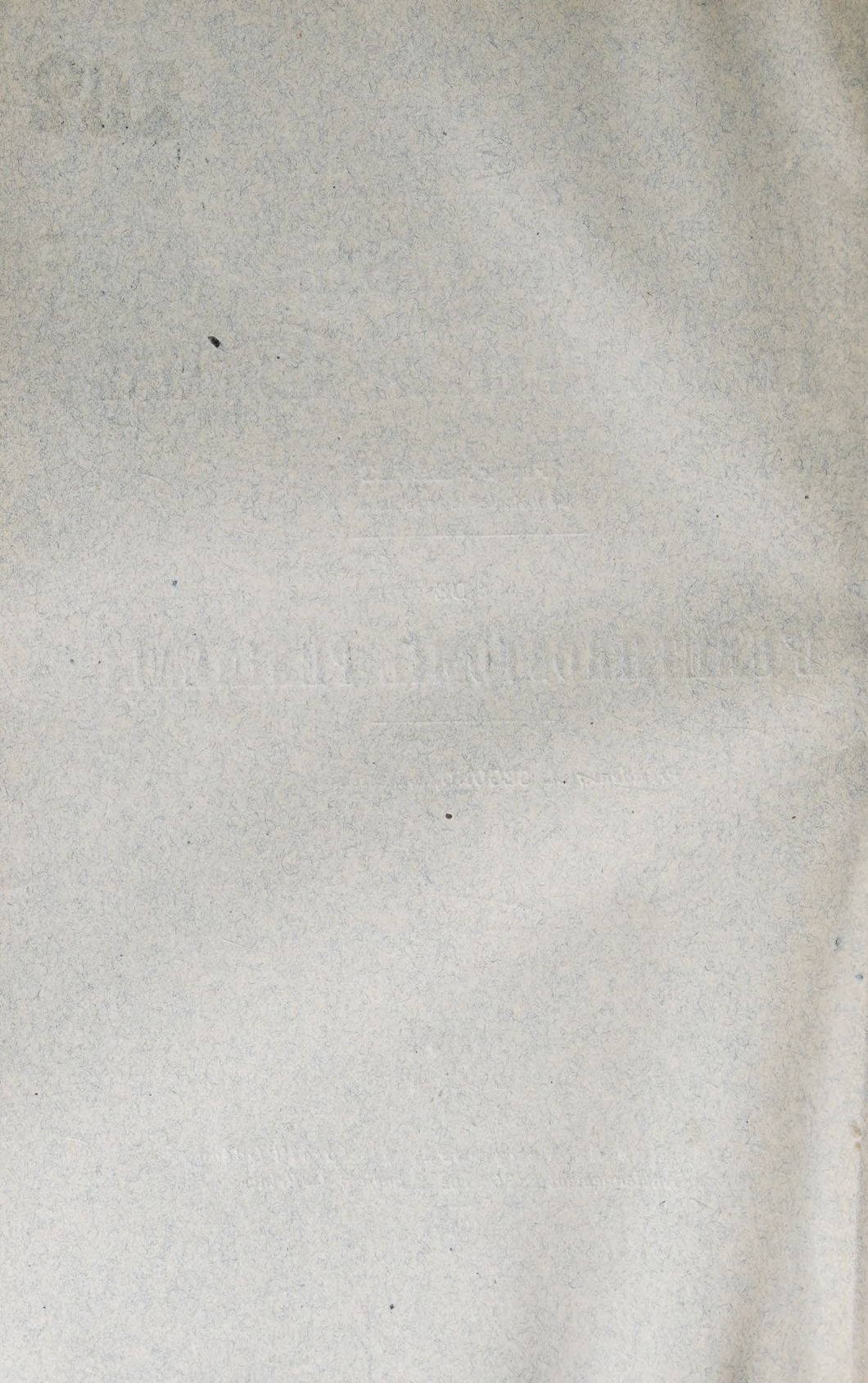
IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

—
1910



262

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

— **THÈSE** —

N.° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **P. RAVET**

Né à Nantes le 26 juillet 1885

DE

L'URÉTHROSTOMIE PÉRINÉALE

Président : M. SEGOND, *professeur.*



PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

10, Rue de Vaugirard, 10 (près l'Odéon)

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

—
1910

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen			M. LANDOUZY
Professeurs			MM.
Anatomie.			NICOLAS.
Physiologie			CH. RICHET.
Physique médicale.			GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.			GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.			BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.			ACHARD.
Pathologie médicale			WIDAL.
Pathologie chirurgicale			DEJERINE.
Anatomie pathologique			LANNELONGUE
Histologie.			PIERRE MARIE.
Opérations et appareils			PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.			HARTMANN.
Thérapeutique			POUCHET.
Hygiène			GILBERT
Médecine légale.			CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.			THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.			CHAUFFARD.
			ROGER.
			HAYEM.
			DIEULAFOY
Clinique médicale.			DEBOVE.
			LANDOUZY.
			HUTINEL.
Maladies des enfants			
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.			GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.			GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.			RAYMOND.
			PIERRE DELBET.
Clinique chirurgicale.			QUENU.
			RECLUS.
			SEGOND.
Clinique ophtalmologique.			DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.			ALBARRAN.
			PINARD.
Clinique l'accouchements			BAR.
			RIBEMONT-DES-SAIGNES.
Clinique gynécologique			POZZI.
Clinique chirurgicale infantile			KIRMISSON.
Clinique thérapeutique			A. ROBIN.
Agrégés en exercice.			
MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON (FERN.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE DOCTEUR HUMEAU

Remerciements.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SECONDE

A MES PARENTS

Respectueuse reconnaissance.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HOTEL-DIEU D'ANGERS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

AVANT-PROPOS

Les observations qui sont le point de départ de notre thèse nous ont été communiquées par M. le Dr Brin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu et professeur à l'École de Médecine. Elles se rapportent à des malades opérés dans des conditions qui nous ont fait réfléchir sur une intervention dont nous n'entendions pas souvent parler dans les salles de l'hôpital. Nous remercions bien sincèrement M. le Dr Brin d'avoir bien voulu mettre ces observations à notre disposition et nous aider de ses conseils. Nous l'assurons ici de notre respectueuse reconnaissance.

Cette thèse est pour nous l'occasion de remercier nos maîtres de leur enseignement et des bonnes heures qu'ils nous ont fait passer à l'Hôtel-Dieu d'Angers. Nous leur manifestons ici tout le regret d'avoir été amené par les circonstances à quitter trop tôt les salles de l'hôpital.

Nos remerciements vont de cœur à M. le Dr Leglu-

dic, directeur de l'École de Médecine, pour la bienveillance qu'il nous a témoignée durant nos études.

Nous avons eu l'honneur d'être attaché comme interne aux services de MM. les Professeurs Monprofit, Boquel, Jagot ; de MM. les D^{rs} : Mareau, Maugourd, Papin, Brin, Charrier, Turlais. Nous leur disons ici toute la reconnaissance que nous leur devons pour leurs leçons et leurs conseils.

Nous avons trop peu suivi les visites de M. le D^r Thibaut et nous regrettons vivement de n'avoir profité davantage de la science de ce maître : pour la bienveillance qu'il nous a témoignée, pour les conseils qu'il nous a si obligeamment donnés, nous le remercions bien sincèrement.

Merci aussi à MM. les D^{rs} Dénécheau, Cocard, Roguet, Launay et Gaugain qui ne nous ont jamais ménagé leur temps et leurs conseils.

Nous exprimons à M. le professeur Motais notre reconnaissance pour les marques de bienveillante sympathie qu'il a bien voulu nous accorder durant notre séjour à Angers. Nous l'assurons ici du regret sincère de n'avoir pu écouter plus souvent à la Clinique ophtalmologique ses claires et aimables leçons.

Et qu'il nous soit permis en quittant l'Hôtel-Dieu de dire la peine que nous avons de nous séparer de ce qui entoura nos années d'études : les services avec leur atmosphère de travail, le dévouement des sœurs dans les salles, la salle de garde enfin souvent bruyante et toujours familiale où nous laissons des amis que nous n'oublions pas.

M. le professeur Segond nous a fait le grand honneur de bien vouloir accepter la présidence de cette thèse ; qu'il daigne recevoir l'hommage de notre respectueuse gratitude.

HISTORIQUE

La création d'un méat contre-nature au périnée n'est pas chose nouvelle. Depuis les travaux du professeur Poncet, la technique de cette opération est bien réglée ; les indications nous en sont connues, les suites ont été observées et jugées et notre travail sur ce sujet n'aurait pas de raison d'être si nous ne croyions, qu'après avoir eu son temps de succès, cette intervention ne menaçait de tomber dans un oubli qu'elle ne semble pas toujours mériter.

Si l'uréthrostomie périnéale n'a pas toutes les indications que les Lyonnais ont voulu lui donner, nous pensons que, pour être une opération de nécessité, elle n'en demeure pas moins une bonne opération qui rend à ses heures de signalés services.

L'uréthrostomie n'est pas vieille encore, puisqu'elle a été imaginée et pratiquée pour la première fois le 12 mai 1891 par le professeur Poncet de Lyon. Au Congrès de 1893 il appelait l'attention des chirurgiens sur cette intervention et mettait en relief ses indications et ses

résultats. Un de ses élèves, M. Coignet, en apportait la même année, avec quatorze observations, une étude générale qui résumait les idées du maître. En 1895, dans les *Archives provinciales de chirurgie*, M. Poncet avec deux nouvelles observations précise le manuel opératoire et la valeur de la méthode. En novembre de la même année il étudie simultanément le méat hypogastrique et le méat périnéal qui répondent à la même idée thérapeutique : assurer la fonction urinaire qu'aucun autre moyen ne peut plus sauvegarder. Mais tandis que le méat hypogastrique est incontinent et oblige le malade au port d'un appareil et en fait un véritable infirme, le méat périnéal laisse persister dans sa fonction le sphincter urétral ; le malade urine quand il veut et sa condition n'a rien de comparable à celle du cystostomisé. Nous verrons dans le cours de cette thèse que le méat hypogastrique peut être très indiqué comme situation temporaire pour permettre de parer aux accidents urgents et se mettre dans de bonnes conditions pour faire le méat périnéal si l'on n'a pu durant le temps gagné rétablir la fonction de l'urèthre.

A cette époque aussi M. Rochet, de Lyon, dans son livre sur la chirurgie de la vessie, de l'urèthre et de la prostate, insiste sur le résultat remarquable que lui a donné en un cas l'uréthrostomie périnéale. En mai 1899, M. Delore publie un nouveau cas d'uréthrostomie périnéale pour rétrécissements et fistules incurables de l'urèthre. En novembre de la même année paraît la thèse de Laplanche qui étudie les résultats éloignés de l'intervention dans un travail clinique basé sur vingt-

trois observations. Puis c'est en 1900 le *Traité de l'uréthrostomie périnéale dans les rétrécissements incurables de l'urèthre* dans lequel MM. Poncet et Delore fixent tout l'acquis de cette nouvelle opération.

Depuis, on ne retrouve guère trace de l'uréthrostomie périnéale que dans les divers traités classiques où sa place lui est désormais assurée. En 1902, Caradja apporte dans sa thèse deux nouvelles observations prises dans le service de M. le D^r Hartmann.

Nous devons cependant signaler qu'avant les travaux de M. Poncet, Paquier de Montpellier et Montaz de Grenoble avaient proposé, pour éviter l'irritation par le contact des urines après l'amputation de la verge, d'aboucher « provisoirement » l'urèthre au niveau du périnée.

M. le D^r Brin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Angers, nous a mis à même d'apprécier les heureux résultats de l'intervention et nous croyons bien faire en publiant les observations qu'il a eu l'amabilité de bien vouloir mettre à notre disposition.

Dans le cours de cette thèse nous puisons largement dans les travaux que nous avons signalés, en particulier dans le *Traité de l'Uréthrostomie périnéale* de MM. Poncet et Delore, et dans les thèses de MM. Coignet et Laplanche.

CONSIDÉRATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Ce n'est pas ici la place d'un chapitre d'anatomie de l'urèthre normal. Mais l'anatomie pathologique, c'est-à-dire la connaissance exacte de l'état d'un urèthre malade que l'opération doit sacrifier, nous intéresse au plus haut point. Nous empruntons au chapitre II du Traité de Poncet et Delore les éléments des considérations que nous allons exposer.

A l'origine d'un rétrécissement urétral nous trouvons deux grandes causes : d'une part un traumatisme qui entraîne la cicatrice, d'autre part l'inflammation blennorrhagique chronique qui aboutit à la transformation scléreuse du canal par un processus qui gagne de proche en proche les enveloppes elles-mêmes.

La première de ces causes donne naissance au rétrécissement dit cicatriciel ou traumatique. La seconde répond au rétrécissement inflammatoire.

A cheval sur ces deux grandes classes de sténose urétrale, certains rétrécissements mixtes ont été décrits sous le nom de scléro-cicatriciels. On voit par exem-

ple une uréthrite chronique se compliquer d'ulcérations consécutives à de menus traumatismes tels les faux-pas du coït, et ces ulcérations laissent une cicatrice à côté du rétrécissement scléreux.

Mais, la principale caractéristique de chaque rétrécissement étant son étiologie, il nous suffira d'examiner l'état de l'urèthre dans chacune des deux grandes classes : inflammatoire et traumatique.

RÉTRÉCISSEMENTS CICATRICIELS, TRAUMATIQUES

Une fracture du bassin, un choc direct sur le périnée peuvent atteindre la région membraneuse. Une chute, les coups portés atteignent la plupart du temps la région bulbaire. Quant à la portion pénienne de l'urèthre, elle peut être quelquefois coincée et serrée entre les dents d'un animal, entre un meuble et le tiroir brusquement fermé, mais ce sont là des traumatismes rares. Dans le rétrécissement cicatriciel, le canal pénien est bien exceptionnellement atteint.

Quoi qu'il en soit du siège du trauma, les désordres causés varient dans de larges proportions suivant divers facteurs. Un urèthre pourra n'être que momentanément déformé par une rupture limitée à l'écrasement du tissu spongieux. La miction aura toujours été assurée, l'hématome formé se sera totalement résorbé, ce foyer sanguin qui ne communiquait pas avec le canal ne se sera pas infecté.

Qu'au contraire il s'agisse d'une large déchirure du

canal et du tissu spongieux, le foyer baigné d'urine va s'enflammer. Il constitue un excellent milieu où vont proliférer les germes que contient toujours l'urèthre ; des fusées inflammatoires vont compliquer la situation et, comme conséquence, il reste une cicatrice uréthrale doublée de celle du tissu spongieux ; nous arrivons à la sténose.

Des ruptures totales enfin, avec écartement considérable des deux bouts du canal, ne sont pas rares. En peu de temps, avec des phénomènes infectieux graves, s'installe l'infiltration urinaire. Si un traitement bien dirigé n'est pas établi en temps utile (et encore que les différents traitements ne suppriment nullement le processus de rétraction consécutif), que va-t-il advenir de cette perte de substance ? Elle marche vers une cicatrisation naturelle, les éléments embryonnaires, là comme dans toute plaie, y édifient sans tarder une bande circulaire de tissu fibreux. Une bride, une virole est rapidement formée et la lumière du canal est rétrécie. Cette sténose est rapide ; elle est aussi la plupart du temps limitée puisque la rupture était en général peu étendue ou même linéaire.

Si c'est là une règle qui caractérise le rétrécissement traumatique, la clinique nous apprend toutefois qu'il subit souvent une tout autre évolution. Parfois la sténose marche très lentement et les complications n'entrent en scène que longtemps après l'accident du début. Bazy, Routier et bien d'autres ont signalé de tels rétrécissements traumatiques apparus dix, vingt, vingt-cinq ans même après le traumatisme.

D'autres fois la cicatrice n'est plus limitée mais s'étend au contraire sur une vaste surface. Un bel exemple de perte considérable de paroi uréthrale nous est fourni par l'observation de ce malade de Poncet qui, après avoir gardé pendant six semaines une corde nouée introduite par lui dans son canal, présentait un arrachement à peu près complet de la muqueuse. Ces cas sont rares et en général la sténose traumatique ne siège pas dans la portion pénienne; elle est rapide, serrée, peu étendue.

Mais chaque sujet a des tissus qui réagissent différemment dans de notables proportions. Chaque malade a une réaction spéciale de plasticité, comme le dit Poncet, et cette réaction particulière dépend d'un ensemble de conditions assez mal connues portant sur le tissu conjonctif. On a remarqué la laxité habituelle du tissu cellulaire des obèses et on a cru que chez eux la sténose s'établissait moins rapidement, restait moins serrée. Poncet signale encore la même particularité chez les tuberculeux dont le tissu cellulaire lui paraît se « cirrhoser plus difficilement ». Chez ces malades, dit-il, « au niveau de leur urèthre, comme au niveau de leurs poumons, de leurs os, de leurs articulations, le processus de raréfaction l'emporte sur le processus néo-formatif. »

On connaît par contre l'exubérance des tissus de cicatrice particulière à certains syphilitiques (Obs. II). Cette tendance est telle qu'on a décrit le rétrécissement secondotertiaire occasionné par la syphilis seule.

Avec le rétrécissement des désordres se produisent

en arrière de lui. C'est l'urétrite postérieure ; c'est la prostatite, la périurétrite. Ce sont des abcès, des fistules au périnée. L'urine ne suit plus le canal et chez ces malades, les accidents fébriles sont la règle. La vessie elle-même toujours plus ou moins forcée s'infecte très facilement. Pratiquement de tels rétrécis sont des urinaires graves à qui il faudra un thérapeutique énergique.

RÉTRÉCISSEMENTS INFLAMMATOIRES.

Cliniquement, ces rétrécissements sont très distincts des rétrécissements traumatiques. La lésion n'est plus limitée ; l'urétrite en général a envahi toute l'étendue du canal et la diffusion des désordres est un caractère de cette classe de sténoses. Au niveau du point enflammé les lésions ont leur maximum d'intensité mais on rencontre le long de la lumière uréthrale des altérations qui s'échelonnent. Le calibre, la forme du canal sont modifiés. Le calibre est rétréci sur une étendue assez longue en général mais les rétrécissements sont disposés d'une façon très irrégulière. On trouve les sténoses plus serrées à la région bulbaire mais fréquemment la région pénienne est largement atteinte tandis que l'urèthre conserve ses dimensions normales du côté des régions prostatique et membraneuse.

Il n'y a pas du reste de limites bien tranchées entre les portions rétrécies. Les bords de la sténose ne sont pas nets comme dans le rétrécissement traumatique. La forme est celle d'un dos d'âne à bords descendants.

« La lumière uréthrale est parsemée de vallons et de collines qui tendent toutes, à des degrés divers, à l'oblitérer plus ou moins complètement en s'ajoutant et en s'adossant les unes aux autres. » (Poncet.) De plus, il y a de véritables brides qui sont le résultat d'une perte de substance, d'une ulcération. D'ailleurs l'aspect du canal est encore modifié souvent par les suites de l'urothrotomie quand celle-ci n'a pas été suivie d'une dilatation suffisante ou assez maintenue.

L'urèthre n'a pas seulement diminué de calibre, il a perdu aussi de son élasticité. L'induration des tissus péri-uréthraux l'a fixé dans une forme invariable. Sur une coupe transversale on ne retrouve plus le plissement et l'adossement de l'état normal; le canal se présente sous la forme d'un trou ou d'une fente béante et les parois en sont inextensibles.

Histologiquement les lésions sont diverses. La tendance générale est la transformation de l'épithélium cylindrique normal en épithélium pavimenteux stratifié. La couche basale est cubique ou cylindrique haute; la couche moyenne est formée de cellules polygonales et la couche superficielle est formée de plusieurs assises de cellules plates, d'autant plus minces qu'elles sont plus près de la lumière. Ce type ordinaire varie dans chaque cas particulier et nous retiendrons seulement qu'au sujet de l'épaisseur on trouve tous les intermédiaires depuis l'épithélium atrophié jusqu'à l'épithélium proliférant avec végétations qui remplissent le canal.

« Comme l'a bien indiqué Finger, des relations étroites existent entre le type de l'altération épithéliale et

les lésions des tissus sous-jacents. L'épithélium franchement dermoïde et corné se rencontre, de préférence, dans les points où la sclérose péri-urétrale est plus prononcée. Les lésions épithéliales de l'urèthre rétréci ne sont plus limitées aux points étroits. On les voit encore, en avant, dans l'urèthre atteint d'urétrite chronique ; en arrière dans l'urèthre dilaté, enflammé. Dans la portion prostatique même, on peut retrouver l'épithélium pavimenteux stratifié. Nous n'y avons jamais vu de couche cornée. Enfin, dans le même cas, dans le même segment urétral, les diverses altérations épithéliales se combinent et s'enchevêtrent de la façon la plus capricieuse. Sur une même coupe on peut voir sur la circonférence urétrale deux ou trois aspects différents de l'épithélium. » (Hallé et Wassermann.)

Telles sont les altérations épithéliales mais la lésion essentielle de la sténose est dans le corps spongieux. Il s'y forme une sclérose proliférative qui encercle l'urèthre. Ce tissu fibreux transforme le canal en conduit rigide. Les aréoles veineuses d'abord thrombosées ont fini par disparaître au niveau du rétrécissement.

Souvent on ne retrouve plus à la périphérie du corps spongieux que quelques aréoles perméables. Les fibres musculaires lisses sont également atteintes ; elles sont hypertrophiées et dégénérées. L'endo-péri-artérite frappe les artères et leur oblitération peut même être totale.

Puis autour des glandes enflammées dans les replis du canal il se fait une infiltration embryonnaire et bien souvent se collecte du pus. Cette tendance suppurative est fréquente en arrière du rétrécissement. Ces altéra-

tions périurétrales sont provoquées par l'adénite chronique des glandes; le pus stagne dans ces cryptes que l'urine ne balaye jamais. Alors se forme le nodule fibreux qui déforme l'urèthre et devient un foyer permanent d'inoculation et de réinfection. C'est autour de cette lésion péri-glandulaire que se forme l'abcès péri-urétral.

En l'arrière du rétrécissement il se produit des fistules entourées d'un tissu lardacé, dur, très épais. Le périnée finit par devenir « blindé ». Hallé et Wassermann ont décrit l'histologie du trajet fistuleux et ils ont trouvé que ce dernier était limité par une paroi épithéliale complète. Cet épithélium souvent épais prolifère activement et leur étude nous montre ces trajets fistuleux comme de véritables canaux définitifs. Pour guérir de telles lésions, il faudra enlever tout le canal néoformé puisqu'une parcelle restante constituerait une amorce pour une fistule nouvelle. La paroi interne de la fistule, irritée sans cesse, est bien placée pour subir la dégénérescence cancéreuse et Poncet signala dès 1881 cette redoutable complication des vieilles fistules urinaires.

Avec ces accidents, avec un pareil état de l'urèthre et du périnée, il faut parler encore des infections ascendantes qui guettent ces malades. Les lésions vésicales sont la règle et la pyélo-néphrite s'installe chez ces urinaires avec d'autant plus de facilité que la persistance d'un pareil état leur a enlevé toute résistance pour la lutte.

En général à l'origine de ces accidents inflammatoires

on trouve la blennorrhagie mais la miction peut être empêchée à la suite de suppurations de corps étrangers introduits dans l'urèthre, d'urétrites tuberculeuses et de toutes les affections ayant un retentissement sur la région. De fausses routes de cathétérisme brutal donnent prise à de semblables désordres et le phlegmon périurétral en est souvent la conséquence.

Quant à la tuberculose, elle nous donne en général des désordres graves si l'on excepte les cicatrices de lésions du méat qui ne font que laisser une sténose localisée plus ou moins complète. Le périnée est couvert de fistules et des granulations, des bourgeons lui donnent un aspect particulier. Il n'y a pas de travail phlegmoneux, pas de grande réaction fébrile, pas de douleurs très vives. Les fistules sont le point de départ de canaux tapissés de fongosités; des cavités remplies de pus granuleux s'y appendent; les fosses ischio-rectales même sont envahies. Autour de l'urèthre des trainées de fongosités envahissent le corps spongieux et déterminent sur toute la portion du canal des ouvertures intra-uréthrales et cutanées.

C'est telle ou telle des lésions que nous venons de décrire qui occasionne les troubles locaux et généraux qui obligent le chirurgien à intervenir. C'est la thérapeutique opposée à ces désordres qui va faire l'objet du chapitre suivant.

DES MOYENS DE GUÉRISON INDICATIONS DE L'URÉTHROSTOMIE PÉRINÉALE

Pour s'opposer à de telles lésions ou pour en combattre les symptômes fonctionnels, les chirurgiens ont successivement préconisé un grand nombre de méthodes. En chirurgie l'abondance des procédés opératoires passe parfois pour une assez bonne preuve de leur inefficacité relative; en ce qui nous concerne ici l'histoire thérapeutique des lésions de l'urèthre prouve qu'aucun des multiples moyens employés n'a guéri infailliblement.

Pour rétablir la circulation d'un canal, on a recours soit à la dilatation, à la divulsion, soit aux diverses uréthrotomies et uréthroplasties, ou encore à l'électrolyse. Ce n'est pas à nous de faire la critique de ces différents procédés et il ne nous est jamais venu à l'esprit de vouloir à telle ou telle de ces méthodes opposer l'uréthrostomie périnéale que nous n'envisagerons

que comme une intervention de nécessité quand tout a échoué.

La dilatation employée seule là où l'uréthrotomie n'est pas indiquée est un traitement qui rend les plus grands services. Mais le résultat obtenu n'est que transitoire; il faut le maintenir et pour cela il est nécessaire d'avoir au moins un malade assez intelligent pour comprendre la nécessité du traitement continu. Il faut aussi que sa situation sociale lui permette de le faire. D'ailleurs la dilatation par les bougies, par les béniqués, est surtout utile dans les cas simples, là où les symptômes fonctionnels sont seuls en cause et où l'état général n'est pas compromis. Bien dirigée chez le sujet intelligent et aisé c'est une méthode qui, malgré ses réels dangers, reste la plupart du temps la seule indiquée.

La dilatation est d'ailleurs la base de tout traitement chirurgical d'un rétrécissement; elle en est toujours le complément nécessaire. Combinée aux autres méthodes ou employée seule elle reste l'élément fondamental de toute la thérapeutique des scléroses.

La divulsion c'est la dilatation brusque, c'est l'écartement brutal des parois du canal sténosé. Elle est dangereuse et nous ne citerons à son sujet que la statistique de M. Le Dentu qui enregistra deux morts sur vingt-six cas en 1886.

Sur des lésions locales relativement limitées en surface et en profondeur, quand l'état général de l'urinaire n'est pas gravement compromis, l'uréthrotomie interne est une intervention dont la plupart des chirurgiens ont

tiré grand parti; elle reste l'intervention courante des rétrécissements et nous n'avons point vu que ce soit une opération dangereuse comme l'ont prétendu certaines statistiques déjà anciennes.

L'uréthrotomie externe, simple ou combinée au cathétérisme rétrograde, se discute souvent dans les rétrécissements infranchissables. On l'emploie seule quand la sténose est « cliniquement » infranchissable. Si ses résultats sont satisfaisants quand on opère sur la portion périnéale, ils laissent à désirer quand il s'agit de la portion membraneuse. « Il est difficile et en tous cas fort laborieux d'arriver au bout postérieur lorsque le rétrécissement siège dans l'étage supérieur du périnée. » (Guyon.)

On a proposé l'excision des rétrécissements. Noguès dans sa thèse de Paris (1892) en a fait un exposé complet. Mais les observations sont muettes sur les résultats éloignés et les suites ne semblent pas devoir compenser dans les cas connus, la difficulté qu'il y a à suturer exactement à une grande profondeur les deux bouts de l'urèthre membraneux.

L'électrolyse enfin est une méthode qui rend des services chez certains malades pusillanimes qu'on peut ainsi amener à entrer dans la voie des traitements. Mais les rétrécissements qu'elle traite sont localisés et il ne saurait être question de ce procédé que dans les cas bénins qui sont hors de notre sujet.

Nous avons déjà dit que notre but n'était pas de discuter le choix d'un procédé opératoire dans les lésions plus ou moins étendues de la région uréthrale mais

nous voudrions parler de ce que nous avons vu réussir quand tous les autres « remèdes » avaient échoué et à plusieurs reprises. Il est une catégorie d'urinaires à qui tout a été fait, qui ne savent plus à quelle thérapeutique demander le salut et qui ne peuvent plus passer en interventions longues parfois et récidivantes toute une existence due à leur famille. C'est à cette classe de malades qu'il faudra faire quelque chose de définitif. Il faudra que ce soit la dernière opération et les guérir si l'on veut qu'ils ne tombent pas dans le marasme complet et leur éviter le suicide. Chez ces malheureux, en effet, littéralement démoralisés par les récidives, la tendance à en finir avec une vie qu'ils ne peuvent plus supporter est fréquente. Pour les empêcher de se tuer il faut leur promettre quelque chose qui empêchera le cortège habituel de réapparaître. Pour ceux-là et pour les ouvriers obligés d'assurer le pain à une famille, l'uréthrostomie est nettement indiquée.

C'est une intervention de « nécessité » certes, mais à de tels malades il faut une thérapeutique énergique et le méat périnéal c'est pour eux l'assurance d'une vie nouvelle sans souffrances leur permettant de reprendre leur place dans le courant social.

Il est peu de cas auxquels nous croyons que doive s'appliquer d'emblée l'uréthrostomie périnéale. A part peut-être les graves traumatismes où le canal est refoulé, contus, déchiré sur une grande étendue ; à part la catégorie de malades infectés à fond qui auraient négligé jusque-là tout traitement, malades dont l'état même constituerait presque le *noli me tangere* et chez qui

on ne peut songer à des manœuvres répétées, à part ces quelques cas, disons-nous, nous n'examinons pas l'idée de l'intervention radicale sans avoir tenté tout pour conserver le canal.

Mais, pour la satisfaction de voir sourdre péniblement du méat uréthral quelques gouttes d'urine infectée, pour donner quelques centimètres de plus à un canal, devons-nous exposer un urinaire à de graves complications? Il nous semble que si à ce moment-là les moyens conservateurs n'ont pas donné de résultats, nous sommes autorisés à lui faire un méat périnéal.

Au premier rang des indications de l'uréthrostomie périnéale, nous trouvons donc avec l'étendue et la multiplicité des lésions l'inefficacité démontrée des divers traitements chirurgicaux. Il s'agira dans beaucoup de cas de sujets de la classe ouvrière qui n'auront pas pu suivre les conseils donnés et qui, d'autre part, ne se seront guère inquiétés de leur urèthre que lorsque des accidents graves se seront déclarés. Après avoir tenté de conserver à ces malades une anatomie et une physiologie génito-urinaire normale, quand le patient sera las de tout ce qui lui a été fait, nous pensons être autorisé à lui tenir le langage suivant : « Nous avons, dirons-nous à ces désespérés, un moyen certain qui va vous permettre de reprendre votre ancienne vie ; vous urinnerez à votre aise, vous travaillerez comme autrefois et pour cela nous allons vous faire un méat derrière les bourses, votre urine passera par là. » Et que nous répondront de tels malades? Nous ne les verrons pas hésiter un moment ; ils estimeront perdre peu en aban-

donnant les fonctions d'un canal si mauvais qu'il leur enlève toute facilité de vivre; ils accepteraient tout pour ne plus rester dans l'état où ils sont.

Dans la suite, quand on les interrogera, on les trouvera satisfaits. Les inconvénients qu'a entraînés l'intervention ne comptent guère. Pour eux le passé est comme un cauchemar qui ne peut se comparer avec le bien-être relatif où ils se trouvent.

Dans la classe aisée l'uréthrostomie périnéale trouve une indication chez ces désespérés dont nous parlions plus haut qui sont de véritables « mentaux » obsédés par leurs lésions. L'opération les fait renaître et ils sont, eux aussi, satisfaits de leur sort. C'est un ennui certainement d'être obligé de s'accroupir pour uriner ou de se passer un bout de sonde si l'on veut à tout prix user des urinoirs, mais ils ne sont plus malades, ils vaquent à toutes leurs affaires, ils vivent comme tout le monde, et peuvent garder pour eux seuls le secret de leur infirmité invisible à leur entourage le plus proche.

L'érection n'est nullement compromise pas plus que la sensation voluptueuse de l'éjaculation qui s'accomplit derrière le scrotum. Un des malades de M. le Dr Brin ne gardait-il pas de son passé un seul regret : « la volupté difficile mais fortement ressentie au lieu de la facilité trop grande et de la rapidité des éjaculations actuelles ! »

Nous pensons que l'uréthrostomie périnéale est aussi indiquée dans les affections chroniques de la verge et de l'urèthre, dans la tuberculose pénienne, dans les cas assez rares de néoplasme. Le méat périnéal est une

ressource précieuse qui, dans la tuberculose par exemple, a permis de mettre au repos le canal malade et d'enrayer la marche des lésions.

En résumé, l'uréthrostomie périnéale est la dernière ressource que la thérapeutique offre aux urinaires graves. Si c'est une ressource de nécessité à laquelle on n'a recours qu'en désespoir de cause, elle reste néanmoins indiquée dans les rétrécissements incurables des maladies infectés, dans les traumatismes graves avec perte de substance considérable, dans la tuberculose uréthrale, dans certaines néoplasies. Les Lyonnais la conseillent contre les accidents prostatiques qu'ils améliorent, disent-ils ; nous pensons que la prostatectomie est une intervention de beaucoup supérieure chez ces malades.

Nous disons le méat périnéal indiqué seulement chez ceux à qui on ne peut plus rien de « conservateur », chez ceux qui ont le canal absolument irréparable dans son intégrité.

L'âge jeune du malade pourrait évidemment faire réfléchir le chirurgien et le laisser hésitant sur le sacrifice de toute paternité, mais nous pensons que si l'on sait restreindre l'uréthrostomie périnéale à ses seules indications, c'est qu'il s'agit de parer à des accidents graves, à une situation qu'il faut absolument sauver et qui ne laisse plus le loisir de discuter d'autre question que celle de la vie du patient, je veux parler de vie utile et normale. Nous avons voulu dire surtout en ce chapitre, que ce n'est pas là une intervention qui prime une autre méthode chirurgicale quelle qu'elle soit ; elle n'entre en ligne que quand elles ont toutes échoué.

Devant un rétréci gravement infecté, il n'est pas vrai que l'uréthrostomie périnéale présente des indications urgentes. A supposer que chez un pareil malade, l'uréthrotomie interne ne soit pas faisable à cause de l'état de l'urèthre, on pourra toujours sauver la situation par une cystostomie. Une fois le malade désinfecté, on aura tout le temps de tâter la susceptibilité du canal et de voir si l'on peut encore rétablir les voies normales ou si, au contraire, on est obligé de créer un méat périnéal.

En un mot, l'uréthrostomie périnéale n'est pas une opération d'urgence. C'est une opération de nécessité qu'on fera après avoir paré aux accidents pressés et on la fera à tête reposée.

Peut-on, en certains cas, la faire d'emblée chez un malade gravement atteint dont l'histoire passée révèle un rétrécissement sans cesse récidivant et dont l'examen local montre des lésions étendues, irrémédiables ? Sans doute c'est possible, mais il vaut mieux encore recourir à la cystostomie temporaire beaucoup plus rapide qu'une uréthrostomie sans conducteur.

Quand donc est-il nécessaire de faire l'uréthrostomie périnéale ? A quel moment doit-on la faire ? Elle est indiquée d'abord dans les rétrécissements inflammatoires, mais là divers cas peuvent se présenter selon que le malade a ou n'a pas d'accidents graves au moment où le chirurgien doit décider. Celui-ci fera l'uréthrostomie périnéale dans les rétrécissements inflammatoires sans accidents graves actuels, si l'étendue des lésions, leur gravité ne permettent plus d'autre traitement et surtout si toutes les méthodes ont été jusque-là mises

en œuvre sans résultat. Il la fera encore si le malade ne se laisse dilater qu'au prix d'accidents très sérieux tels que l'hémorragie, la fièvre, la périurétrite, les infections rénales. On comprend que dans ces cas-là, il n'y ait pas de chirurgie conservatrice possible.

Si les accidents actuels sont graves, si la vie est en danger immédiat, l'uréthrostomie périnéale peut être indiquée d'emblée mais seulement si l'opération doit être simple et facile. Devant la moindre difficulté prévue et dans la grande majorité des cas le chirurgien aura recours à une intervention d'urgence : la cystostomie ; et ce n'est que secondairement que le méat périnéal sera établi, dans des conditions meilleures, quand tout danger d'infection sera éloigné, quand il ne s'agira plus que de délivrer le malade d'une insupportable infirmité. C'est cette conduite qui sera toujours la règle quand des lésions locales de périurétrite, des abcès, rendront l'opération dangereuse et lorsque l'impossibilité d'introduire un cathéter complique la technique de l'intervention.

Dans les rétrécissements traumatiques très étendus, l'uréthrostomie périnéale peut être le traitement de choix. Elle n'aura que peu d'indications dans les sténoses de la région périnéale qu'on peut la plupart du temps traiter par la résection et la réfection du canal. Elle convient surtout aux rétrécissements pelviens, quoiqu'elle demeure là encore un procédé d'exception et que le méat périnéal serve surtout à la dilatation de la portion rétrécie par des Béniqués droits qu'on introduit facilement, directement et sans danger.

Dans la tuberculose uréthrale enfin nous savons que le méat périnéal rend de précieux services. Il dérive l'urine et empêche l'irritation continuelle de la lésion tuberculeuse. Il peut être temporaire et laisser ainsi le temps de traiter le mal soit extérieurement, soit par la méthode endoscopique. Cette méthode qui permet de donner à la région malade le repos absolu nécessaire à la guérison semble préférable à l'uréthrostomie périnéale d'emblée définitive. Nous la conseillerons toutes les fois qu'elle fera entrevoir la possibilité d'un traitement de l'urèthre et dans les cas comme celui que cite Poncet (obs. IV de notre thèse), ce chirurgien eût peut-être pu faire une uréthrostomie temporaire et traiter plus doucement la tuberculose locale, quitte à laisser le méat définitivement périnéal si le canal était resté infranchissable et indilatable après guérison de la lésion tuberculeuse.

Nous allons indiquer la technique de cette opération et nous citerons, avec les observations de M. le Dr Brin, les cas qui nous semblent typiques comme justifiant nettement la création forcée d'un méat périnéal. Nous transcrivons l'observation III (MM. Poncet et Delore) pour montrer aussi que l'uréthrostomie périnéale a été faite d'emblée dans des cas où il nous semble qu'une thérapeutique d'expectation surveillée avec traitement conservateur eût pu être envisagée sans les inconvénients dont parlent, *a priori*, les auteurs.

MANUEL OPÉRATOIRE

Nous empruntons au traité de MM. Poncet et Delore les éléments de ce chapitre.

Le matériel instrumental est le même à peu de choses près que pour une uréthrotomie externe. On aura besoin de :

- Bistouris ordinaires et boutonnés ;
- Ciseaux droits ;
- Pincés hémostatiques (une douzaine) ;
- Pincés à griffes ;
- Ecarteurs, sondes cannelées, stylets ;
- Aiguilles diverses à manche et aiguilles ordinaires ;
- Fils métalliques, fils de catgut ;
- Cathéters métalliques variés à grande courbure cannelés sur leur convexité ;
- Sondes en gomme et en caoutchouc, sondes de Pezzer ;
- Seringue pour injections intra-vésicales ;
- Eau bouillie, chaude.

Position du malade. — Le malade est placé dans le décubitus dorsal, le siège légèrement élevé par un coussin. Il est placé sur le bord du lit de telle sorte qu'il ne soit pas souillé par les liquides employés, par l'urine. Il est couvert de jambières en flanelle.

L'anesthésie se fait au chloroforme ou à l'éther. Chez les malades très affaiblis l'anesthésie locale à la cocaïne peut remplacer l'anesthésie générale. La température de la salle doit être de 20 à 22°. Des champs stérilisés sont placés sur les cuisses et le siège.

Position du chirurgien et des aides. — Le chirurgien assis sur un siège de hauteur convenable se place entre les cuisses du malade, le dos tourné au jour.

Deux infirmiers doivent maintenir de chaque côté les cuisses fléchies et dans une légère abduction. Un aide relève les bourses du malade et fixe le cathéter qu'il doit savoir manier pour l'introduire ou le retirer de l'urèthre sur les ordres du chirurgien. Deux aides seraient aussi utiles pour l'hémostase provisoire, les ligatures et le passage des fils; mais l'intervention se pratique très bien avec un seul aide médical et les deux aides quelconques pour maintenir le malade bien au bord de la table.

Opération proprement dite. — L'opération est faite sur conducteur si le canal en laisse passer un. Dans le cas où le rétrécissement ne peut être franchi avec aucun instrument, on introduit jusqu'au point rétréci un cathéter métallique qui tend la peau du périnée, fait saillir la ligne médiane qui est le point de repère par excellence dans la recherche du canal.

Enfin dans le cas où on éprouverait de la difficulté à trouver le canal, le cathéter indiquerait la lumière du canal que l'on sectionnerait immédiatement au-devant du rétrécissement.

L'opération comprend cinq temps successifs :

Premier temps. — Incision cutanée : Elle se pratique sur le raphé périnéo-bulbaire. Elle commence à 2 ou 3 centimètres au-dessus du bube et mesure 4 à 6 centimètres dans le sens vertical. On va à la recherche de l'urèthre.

Deuxième temps. — Incision du raphé périnéo-bulbaire : On incise, prudemment, le raphé périnéo-bulbaire, en ménageant le bulbe dans toute la longueur de l'incision cutanée. Tandis qu'en avant l'incision est superficielle, elle doit être poussée, en arrière, sur une profondeur de 2 ou 3 centimètres, sans crainte de blesser aucun organe important.

Troisième temps. — Recherche de l'urèthre. Refoulement du bulbe. Le bulbe est reconnu avec le doigt. Il est détaché prudemment, refoulé en avant, où le maintient un cathéter mousse. Le canal est dénudé par quelques coups de sonde cannelée. Souvent les tissus épaissis, lardacés, modifient le manuel opératoire idéal. La section méthodique médiane, sans s'égarer à droite et à gauche, constitue le plus sûr moyen d'atteindre directement la lumière uréthrale, de ne pas la dépasser, sans s'en apercevoir.

Quatrième temps. — Section de l'urèthre. Dissection du bout postérieur : L'urèthre est fendu sur sa paroi inférieure dans une étendue de quelques millimètres.

On met le rétrécissement complètement à nu si possible. Lorsque le cathéter paraît dans la plaie, on sectionne franchement la paroi supérieure du canal. On dissèque alors le bout postérieur sur une hauteur variable de 10 à 15 millimètres. On le mobilise pour amener facilement au contact les lèvres du bout et les bords de la peau. Poncet et Delore conseillent, lorsque l'urèthre est entouré de callosités et ne peut être détaché aisément, de tailler deux petits lambeaux cutanés latéraux. Les téguments vont alors au-devant du canal qui ne peut être attiré. Les auteurs du *Traité de l'uréthrostomie périnéale* prennent aussi la précaution d'inciser sur une hauteur de 8 à 10 millimètres, au moins, la paroi inférieure du bout postérieur pour éviter le rétrécissement progressif au niveau du nouveau méat.

Cinquième temps. — Suture méthodique des bords de l'ouverture uréthrale avec les bords de la plaie périnéale : « On suture méthodiquement l'orifice uréthral ou plutôt le bout postérieur sectionné, avec les bords cutanés de la plaie périnéale. »

Ces sutures en étoile seront habituellement au nombre de six. Suivant l'étendue de l'incision périnéale, on multiplie ou on diminue leur nombre. Les fils traversent de part en part l'urèthre à 3 ou 4 millimètres des bords de l'incision. On les conduit ensuite à travers tous les plans de la région, y compris la peau. Ils ressortent à 5 ou 6 millimètres des bords.

Cette suture de toute l'épaisseur des lèvres de la plaie assure une occlusion plus parfaite des tissus divisés. Mais elle n'est facile que dans les cas où ces différents

plans ont encore conservé une certaine élasticité, dans ceux également où la section uréthrale n'est pas trop profondément située.

Lorsque l'ouverture du canal siège dans la région rétro-bulbaire, il est préférable de mobiliser, suivant la méthode française, deux petits lambeaux cutanés latéraux. Les bords des lambeaux viennent facilement, par la suture, à la rencontre des bords uréthraux, préalablement immobilisés.

Quand les plans péri-uréthraux sont rigides, dépourvus de toute élasticité, il est également plus simple de ne comprendre que la peau, dans les sutures, après mobilisation, au besoin des bords cutanés.

Il ne faut pas attacher, du reste, une importance capitale à tel ou tel mode de suture. Le fait important est : la fixation des bords de la plaie périnéale à ceux de l'urèthre et, si faire se peut, leur réunion immédiate, pour se mettre d'autant mieux à l'abri d'une occlusion ultérieure ou tout au moins d'un rétrécissement du méat périnéal.

Les fils uréthro-cutanés seront modérément serrés, et l'on attendra pour les serrer qu'ils soient tous en place.

L'affrontement n'en sera, ainsi, que plus exact.

En raison de la faible épaisseur des tissus toutes les aiguilles peuvent être employées. Les aiguilles courbes sont plus maniables, qu'elles soient simples, comme les aiguilles de Hagedorn, ou qu'elles soient montées sur manche spécial, comme l'aiguille de Reverdin.

Quant aux fils on utilisera les crins de Florence, les

fils métalliques, de préférence aux fils de soie. Ces derniers offrent l'inconvénient de se gonfler et de s'infecter au contact d'un foyer d'une asepsie relative. Ils constituent, de cette sorte, des corps étrangers septiques, permanents. Les fils de catgut ont une résorption trop rapide.

Nous laissons la plaie se cicatriser par bourgeonnement secondaire. « Nous conseillons de laisser le bout antérieur ouvert, de l'abandonner à lui-même. Cette pratique permet des lavages, plus efficaces, de l'urèthre pénien. » (Poncet et Delore.)

Pansement. — On introduit dans la vessie une sonde de Pezzer ou de Malecot, de moyen calibre. On la laisse à demeure pendant six à huit jours si elle est bien tolérée. On fait 3 ou 4 fois par jour des lavages vésicaux.

La plaie est tamponnée avec des mèches de gaze. On met un bandage en T avec coton antiseptique que traversera la sonde.

Soins consécutifs. — Le pansement est renouvelé dès qu'il est traversé. On évite l'infection de la plaie par les déjections venant du rectum. Au besoin, on constipe le malade ou bien on pratique de grands lavements d'eau bouillie en protégeant la plaie. On enlève la sonde définitivement du huitième au dixième jour.

On enlève les fils du sixième au huitième jour.

Si la sonde a été enlevée ou chassée, on fait des cathétérismes uréthraux suivis de lavages deux ou trois fois par jour. Le sondage du bout postérieur demande,

quand le méat est profond, rapproché de l'anús, à être pratiqué soit dans la position génupectorale, soit en position latérale droite avec la cuisse droite étendue, la cuisse gauche fléchie, la fesse gauche étant d'autre part relevée avec la main gauche ou par un aide.

OBSERVATIONS

Observation I

Rétrécissement urétral très étroit et très long, périurétrite en foyers disséminés. Uréthrostomie périnéale. Guérison (Malade de M. le Dr Brin).

M. G..., 41 ans, commerçant route de Paris, Angers. Cet homme très robuste et d'une belle santé ordinairement nie tout antécédent blennorrhagique. Il s'est marié jeune, a eu deux enfants bien portants. Sa femme ne semble pas avoir eu d'infection vaginale ou utérine.

M. G... prétend n'avoir jamais eu d'écoulement, ne s'être jamais donné d'injection caustique. Ces renseignements sont peu convaincants car les caractères des rétrécissements constatés sont ceux des rétrécissements inflammatoires.

En tout cas, il n'y avait aucun trouble urinaire appréciable, quand il y a cinq ans, c'est-à-dire à l'âge de 36 ans, après quelques jours de dysurie, une rétention complète survint brusquement. Le malade habitant Tours à cette époque fit venir un chirurgien qui, malgré des tentatives répétées, ne put le sonder et dut pratiquer d'urgence la cystostomie. Au bout de quelque

temps une bougie filiforme fut introduite et progressivement la dilatation fut poursuivie jusqu'à la mise à demeure d'une sonde. Le cours normal des urines se rétablit et pendant plusieurs mois le malade se sentit relativement bien.

Revenu à Angers, le malade est repris de troubles urinaires, de dysurie, de fréquentes envies. Les urines étaient troubles et parfois des accès de fièvre éclataient. A ce moment uréthrotomie interne par un chirurgien d'Angers. A la suite de cette opération plusieurs abcès surviennent au niveau de la portion scrotale de l'urètre. On voit la cicatrice des ouvertures chirurgicales. La dilatation devient très vite difficile et très pénible. Il est vrai que le malade était très irrégulier et négligent dans son traitement; six mois après l'opération le malade ne pouvait plus passer qu'un numéro 7 avec beaucoup de souffrances. Un confrère tente alors l'électrolyse en plusieurs séances. A trois reprises différentes, à quinze jours d'intervalle, il pratique l'électrolyse linéaire?

A chaque fois le malade a des frissons, des malaises graves, des températures de 40° et plus. Quelques jours après la troisième séance le malade, plus souffrant que jamais, voit le Dr Brin. Celui-ci constate une périurétrite diffuse, commençant à quelques centimètres du méat et allant jusqu'au périnée. La verge est énorme, le prépuce est oedématié. Il y a plusieurs points plus saillants, l'un d'eux est ouvert à la peau et semble communiquer aussi avec l'urètre. En pressant sur les autres points saillants on fait sortir du pus par l'urèthre.

Le malade entre à la clinique Saint-Louis où pendant quelques jours on se borne à lui donner de grands bains, des pansements humides en le maintenant au régime lacté. Au bout d'une huitaine de jours les accidents locaux et généraux sont dissipés, la

verge n'est pas œdématisée bien que tout l'urèthre reste dur et parsemé de nodosités. Le malade urine plus facilement. A l'exploration on ne peut passer qu'une bougie filiforme et l'explorateur numéro 6 est arrêté en arrière de la fosse balanique.

Uréthrotomie interne en mars 1905 par le Dr Brin avec la petite lame du Maisonneuve et mise en place d'un numéro 15 à bout coupé avec assez de difficulté.

Un mois après, nouvelle uréthrotomie complémentaire avec l'Albarran et dilatation méthodique pendant deux mois. On arrive à passer le 48 Béniqué.

Toutefois le canal reste dur, le passage des sondes est assez pénible et comme le malade urine très bien des urines propres, il recommence à se négliger.

Les fonctions urinaires se maintiennent, malgré cela, excellentes pendant dix-huit mois. Alors les urines redeviennent sales, les mictions douloureuses et de plus en plus fréquentes. Pendant près d'un an le malade lutte seul contre sa maladie, se passant tous les trois ou quatre jours une série de bougies, allant de la filiforme au numéro 8 ou 9. Chaque séance est horriblement douloureuse et ne donne presque aucun soulagement. Poussées fébriles et frissons fréquents. A plusieurs reprises les abcès périurétraux se rouvrent et se ferment spontanément. Au commencement de mars 1908, M. G..., désespéré, ne pouvant plus supporter la vie avec de pareilles souffrances, ne parle plus que de se donner la mort. Il revient voir le Dr Brin qui lui trouve un urèthre ligneux dans toute son étendue. Le méat est blanc et comme cicatriciel dans toute sa circonférence. Toute exploration avec des olives est impossible. Les urines sont boueuses.

Le malade ne peut et ne veut plus souffrir, Il n'est plus capa-

ble de supporter que des soins simples et peu douloureux. Le Dr Brin propose l'uréthrostomie périnéale en expliquant les avantages et les inconvénients de la méthode ; M. G... accepte de suite et le 5 mars 1908 l'opération est pratiquée sous rachistovainisation avec l'aide du Dr Launay. L'anesthésie est suffisante, mais le malade très impressionnable sent néanmoins un peu. Incision médiane du périnée en arrière des bourses. Recherche de l'urètre derrière le cul-de-sac du bulbe. Section transversale complète de l'urètre. Le bout antérieur est noué avec un catgut et le bout profond, attiré dans la plaie, est suturé à la peau avec du fil. Une sonde bout coupé n° 20 est fixée à la peau. Il s'y écoule un flot de pus. La vessie est lavée soigneusement au nitrate d'argent.

Suites opératoires. — Elles ont été très simples et presque apyrétiques (sauf le quatrième jour où, après un frisson, le malade eut 39°2). La vessie a été très vite désinfectée. La sonde est enlevée au bout de huit jours. Pendant une dizaine de jours le malade urine toutes les heures puis toutes les deux heures, mais avec facilité et sans douleur. Les fils sont enlevés le neuvième jour. Quelques-uns de ceux qui suturent l'urètre ont coupé et le canal a un peu remonté ; par endroits la muqueuse ne se continue pas directement avec la peau. Il y aura là une raison de surveiller l'orifice et de le dilater de temps en temps pour éviter un rétrécissement cicatriciel. Le dixième et le onzième jour la température monte à 38° le soir sans cause connue.

Le malade sort le 20 mars. Il revient tous les huit jours pendant deux mois se faire passer des Béniqués droits jusqu'au 50. Naturellement le passage de ces instruments est très facile, indolore.

Le malade urine très bien, toutes les trois ou quatre heures

et une fois par nuit. Ses urines sont claires. Il n'a plus de fièvre. Son appétit est bon et l'état général parfait. Revu en décembre 1909. M. G...est florissant de santé. Toutes ses fonctions sont excellentes et il peut supporter aisément de grandes fatigues.

Il se fait passer tous les mois, par sa femme, des bougies dilatatrices.

Il a été présenté à la Société de médecine d'Angers,

Observation II

Rétrécissement très ancien, très serré et très long ayant nécessité, depuis vingt-huit ans, trois uréthrotomies internes. Uréthrostomie périnéale. Guérison (Malade de M. le Dr Brin).

M. G..., 57 ans, menuisier, Angers, rue de l'Étendue.

Il nie toute infection blennorragique (?). Il explique ses accidents de la façon suivante : En 1870 il fut opéré d'un phimosis et d'un rétrécissement du méat pour lequel il fut dilaté quelque temps. Il aurait été à cette date infecté par les instruments et atteint de chancre induré du méat pour lequel on lui aurait fait suivre le traitement mercuriel. En 1881 les mictions deviennent fréquentes et difficiles et M. Dezanneau pratique une uréthrotomie interne suivie de dilatation.

En 1884 les bougies ne passent plus ; nouvelle uréthrotomie par le même chirurgien.

En 1895 tous les troubles sont réparés ; difficultés des mictions, perte de l'appétit. M. Dezanneau constate à nouveau un rétrécissement serré et veut pratiquer une nouvelle uréthrotomie ; mais, d'après le malade, l'opération aurait été impossible et il n'y aurait eu à ce moment aucune amélioration.

Depuis lors M. G... se serait soigné seul, se passant pendant de longues années des bougies allant jusqu'au 10. De temps en temps il est pris de fièvre et les mictions, toujours difficiles, deviennent presque impossibles pendant des heures.

Depuis un an les bougies ne passent pas et ne peuvent pénétrer que de quelques centimètres. M. G... a pris l'habitude, avant chaque miction, de se passer dans le canal une tige de fer qu'il s'est fabriquée. Cette tige est longue de 10 centimètres environ et correspond au numéro 7. De temps en temps l'introduction de cette tige offensante fait saigner; mais cependant il n'arrive pas d'accidents sérieux comme on aurait pu le craindre avec une si singulière pratique. A plusieurs reprises cependant il s'est ouvert des abcès dans l'urèthre.

Depuis une dizaine de jours, M. G... ne peut plus faire entrer son « dilatateur » et il n'urine qu'à grand'peine et goutte à goutte. Les urines sont très purulentes et fortement ammoniacales.

Il entre à la clinique du Dr Brin le 4 juin 1908.

Il est très fatigué physiquement et très démoralisé. Il se présente avec un méat ponctiforme, cicatriciel, perdu au centre d'un gland cicatriciel lui-même. Le canal est dur et très sensible dans une étendue de 6 à 7 centimètres à partir du méat; de nombreuses nodosités sont senties à sa face inférieure.

Tout examen est impossible, les bougies filiformes sont arrêtées de suite. Pour anesthésier le canal on injecte de la cocaïne à 5 %. Il en pénètre 4 centimètres cubes. On recommence alors mais sans plus de succès l'essai d'introduction d'un filiforme puis d'une tige métallique droite et très fine (manche de mandrin.)

Le malade montre, au niveau du voile du palais, des végéta-

tions qui existent depuis de nombreuses années, qui ont été considérées comme syphilitiques mais n'ont jamais varié malgré le traitement.

M. G... est atteint, en définitive, d'un rétrécissement très long, très ancien, très serré, très récidivant dont la nature est peut-être syphilitique et dont la limite postérieure ne peut être connue.

Le malade réclame une opération qui réussira « sûrement ». L'uréthrotomie interne serait peut-être à tenter si l'introduction d'un filiforme était possible ; encore ne répondrait-elle pas aux désirs de M. G... qui veut en finir et qui connaît les tendances récidivantes de son rétrécissement.

Le Dr Brin propose et fait accepter l'uréthrostomie périnéale qui est pratiquée le 6 juin 1908, sous chloroforme, avec l'aide du Dr Launay. On essaie, sous l'anesthésie générale, de passer une bougie filiforme et ferme, un mandrin métallique courbe puis droit. On n'y parvient pas.

Incision médiane du périnée.

Dissection des parties molles jusqu'à découverte du bulbe qu'un écarteur écarte fortement en avant, ce qui a l'avantage de tendre l'urèthre en arrière de lui.

Le canal est isolé à la sonde cannelée et aux ciseaux, puis coupé transversalement. Le bout antérieur est exploré avec un stylet boutonné et l'instrument penche jusqu'au-devant des bourses où il est arrêté. Ce point correspond d'ailleurs à la limite postérieure de l'induration uréthrale décrite plus haut. En somme 3 ou 4 centimètres de l'urèthre spongieux (la partie correspondant au bulbe et celle lui faisant suite) paraissent sains et il ne s'agit évidemment pas chez M. B... d'un rétrécissement blennorragique ordinaire.

Le bout postérieur sectionné est abouché à la peau par quelques points de fil.

Sonde à demeure n° 20 fixée à la peau.

Lavages de la vessie au nitrate d'argent à 1/1000.

Suites opératoires. — Très simples et absolument apyrétiques.

Lavages quotidiens à l'eau boriquée.

Urotropine 1 gr. 50 à l'intérieur chaque jour.

Ablation de la sonde au bout de huit jours.

Ablation des fils le même jour. La muqueuse est bien réunie à la peau.

Le malade urine toutes les deux heures et quand il quitte la maison de santé, ses urines sont presque claires.

Du 14 au 24 juin, jour du départ, on passe chaque jour un gros Béniqué droit n° 55 pour bien maintenir l'orifice béant. On commence chaque fois par une bougie conique qui ouvre et étale le nouveau méat.

M. G..., revu le 4 janvier 1910, est dans un état de santé florissant. Ses urines sont claires; les mictions se font sans aucune difficulté toutes les trois à cinq heures suivant les circonstances.

Le pénis rendu inutile pour la miction sert encore au coït d'une façon très satisfaisante. Le malade raconte même que, depuis l'urétrostomie, le coït est d'une facilité et d'une rapidité désespérante. Autrefois, il était douloureux mais long et M. G... ne garde de son passé qu'un seul regret: celui de la volupté douloureuse!

Observation III

(Gazette hebdomadaire, 27 mai 1893, p. 247. A Poncet. Lyon.)

Indication de l'uréthrostomie périnéale pour perte de substance étendue de la muqueuse uréthrale. Arrachement de la muqueuse par une corde nouée, restée pendant six semaines dans la vessie et dans l'urèthre. Guérison remontant à sept ans (1900).

Il s'agit d'un homme de 39 ans, J. A., célibataire, exerçant la profession de cultivateur, dans un village de la Loire.

Cet homme entraît à l'Hôtel-Dieu pour des troubles de la miction survenus dans les circonstances particulières que voici : six semaines auparavant, dans un accès de délire génital, dont il était peut-être coutumier, il avait essayé d'introduire dans son méat, puis de faire cheminer dans son canal, une corde proportionnellement trop volumineuse.

Le volume de la corde (desséchée, elle répond comme calibre au numéro 11 de la filière Charrière ; lors de son extraction, gonflée par les liquides ; urine, sang, qui l'imprégnaient, elle était notablement plus grosse), sa surface, plus ou moins filamenteuse, rendaient son introduction laborieuse, aussi J. A. dut-il mettre une certaine patience dans les manœuvres qui aboutirent, en fin de compte, à la pénétration d'une des extrémités de ce corps étranger dans la vessie, ou peut-être seulement dans l'urèthre postérieur.

Il semble cependant, en tenant compte des dimensions de ce corps étranger, qu'il devait être intra-vésical, sur une partie de sa longueur. La corde mesure, en effet, 33 centimètres. Le nœud est situé à 20 centimètres du bout antérieur et à 13 centimè-

tres de l'extrémité du bout postérieur. Si l'on tient compte, en outre, de ce fait qu'il a fallu, avec des pinces à longs mors, pénétrer dans le canal par le méat, à une profondeur de 3 à 4 centimètres, pour saisir le bout de la corde qui n'était pas repliée sur elle-même, on admettra que le nœud siégeait dans la vessie, et que le premier obstacle à son extraction était le col vésical.

Quoi qu'il en soit de cette migration plus ou moins lointaine, lorsque le malade essaya ensuite, après une séance plus ou moins prolongée de masturbation uréthrale, de retirer le corps du délit, il ne put y parvenir.

Les tentatives auxquelles il se livra plus tard furent tout aussi infructueuses. Sur ces entrefaites il demanda conseil à un médecin qui nous l'envoya ; mais par suite de circonstances indépendantes de sa volonté, il ne put entrer à l'hôpital et retourna chez lui. Les accidents provoqués par la corde étaient bénins ; J. A... souffrait peu, et vidait assez bien sa vessie.

Peu de jours après ce cathétérisme d'un nouveau genre il eut encore la malencontreuse idée, après avoir tiré sur l'extrémité de la corde qui faisait saillie de plusieurs centimètres au dehors du méat, de la couper au niveau de cet orifice. Plus tard, l'extrémité sectionnée disparut complètement, soit par suite du retrait de la corde, soit par le fait d'une migration progressive, elle s'enfonça à 3 ou 4 centimètres au moins dans le canal.

Lorsque le malade sollicita son entrée à l'Hôtel-Dieu, le corps étranger était en place depuis six semaines. Dans ces derniers temps, la tolérance n'avait pas été aussi parfaite que dans les premiers jours. On constatait, en effet, une tuméfaction énorme du pénis, s'étendant jusqu'à la racine de la verge, et tous les signes d'une pénitis phlegmoneuse avec menace de sphacèle au

niveau de la racine du gland étranglé par un paraphimosis très serré. Par le méat tuméfié, enflammé, s'écoulait un liquide séreux, fétide, brunâtre, mélangé de sang et de pus. L'état général témoignait d'une infection grave. La peau était chaude, la température rectale dépassait 39°. Langue sèche, collante au doigt.

A la contre-visite du soir, mon aide de clinique, M. le Dr Chantre, examina le malade et fut mis au courant de la nature de ces accidents. Il introduisit alors entre les lèvres du méat, une pince languette, et put saisir, à 3 ou 4 centimètres de cette ouverture, l'extrémité du corps étranger. Il dut exercer de violentes tractions pour l'amener au dehors. Il plaça ensuite à demeure une sonde molle.

Lorsque je vis l'opéré le lendemain matin, son état général et local était tel que je l'ai indiqué plus haut. On me présentait, en même temps, la corde qui portait, à quelques centimètres de son extrémité profonde, un gros nœud d'aspect bizarre, ayant à première vue, la forme d'une double boucle. Cette corde, gonflée par les liquides, au milieu desquels elle avait séjourné pendant six semaines, était teinte de sang et de pus, dans toute sa longueur. Le nœud était fortement serré, d'autant plus que, pour l'extraire, on avait dû exercer de vigoureuses tractions.

A en juger par son volume et par les accidents d'urétrite infectieuse qu'avait certainement provoqués ce corps étranger, resté pendant plusieurs semaines dans le canal, on devait supposer une altération grave, étendue, de la muqueuse et, du côté de la vessie, des accidents inflammatoires également de même nature. Le phlegmon de la verge, l'empâtement du périnée venaient encore confirmer ce diagnostic et donner naissance à certaines indications chirurgicales qu'il paraissait urgent de remplir.

Fallait-il, chez cet homme en pleine infection uréthro-vésicale, laisser une sonde à demeure, et s'efforcer, par des lavages antiseptiques, plus ou moins fréquents, de désinfecter des organes profondément atteints ? Ce traitement nous l'avons rejeté de parti pris. Il n'avait pour but, en effet, que d'assurer momentanément la miction, d'une manière plus ou moins satisfaisante. Non seulement, il ne pouvait probablement pas enrayer les accidents infectieux déjà existants, mais il devait les accroître. L'urine plus ou moins pathogène pénétrerait entre la sonde et les tissus cruentés qui représentent l'urèthre, elle filtrerait dans les mailles largement ouvertes du tissu spongieux péri-urétral ; elle provoquerait des abcès, de l'infiltration urineuse, en un mot des accidents septiques, susceptibles d'aggraver l'état général du malade, déjà profondément atteint.

Il était permis, en outre, de supposer que la sonde à demeure serait mal tolérée ; que, plongée dans des tissus enflammés et suppurés, où son infection rapide était fatale, elle se comporterait à la manière du corps étranger enlevé, et donnerait encore un coup de fouet aux accidents locaux déjà existants. Chez ce malade, il fallait encore redouter des complications urinaires plus graves ; cystite infectieuse, pyélo-néphrite suppurée, etc., par le fait de la sonde à demeure. Enfin, en supposant qu'il résistât aux accidents septicémiques, on devait prévoir dans l'avenir, par suite de la destruction complète de la muqueuse urétrale, un rétrécissement dont la gravité serait en rapport avec une telle perte de substance.

Je pensai pour toutes ces raisons, qu'il fallait pratiquer une uréthrotomie externe. Cette opération mettrait ainsi J. A... à l'abri des accidents que pouvait provoquer le passage de l'urine dans toute la longueur de l'urèthre ; d'autre part, par l'excision

du canal, il serait possible d'apprécier, d'une façon exacte, l'étendue de ses désordres. Mon assistant, le Dr Jaboulay, incisa donc directement le périnée, immédiatement en arrière des bourses. Une bougie en gomme élastique, que l'on avait pu, du reste, conduire jusque dans la vessie, servait de conducteur, il fut assez facile, au milieu des caillots sanguins qui occupaient le tissu spongieux péri-urétral, de trouver l'urèthre ou plutôt ce qui restait de ce canal.

En prolongeant l'incision, soit en haut, soit en bas, on reconnut que la muqueuse avait été comme décortiquée, arrachée en totalité. Elle n'était plus représentée que par des débris filamenteux, et cela, dans toute la longueur d'une incision allant de la face postérieure du scrotum au voisinage de l'anus.

Cette altération profonde de la muqueuse urétrale s'étendait, certainement encore, à toute la partie antérieure du canal, jusqu'au méat. Elle avait été provoquée, d'une part, par la friabilité d'une muqueuse enflammée, ramollie, ulcérée, sous l'action d'un corps étranger qui réalisait les meilleures conditions d'une infection destructive ; d'autre part, par le passage d'un nœud volumineux, dont le calibre dépassait de beaucoup celui du canal et qui avait agi à la manière d'une véritable râpe.

En présence de ces désordres locaux, dont la gravité immédiate et dont la gravité tardive, au point de vue fonctionnel, ne laissaient aucun doute, je conseillai l'uréthrostomie périnéale.

L'urèthre postérieur était notablement dilaté. On put aisément, avec l'extrémité du petit doigt, pénétrer dans le col vésical entr'ouvert. Cette dilatation nous paraît s'expliquer par l'obstacle que créait à la miction le corps étranger, s'opposant à l'évacuation de la vessie.

On eut soin de faire un grand lavage antiseptique de l'urèthre

antérieur. On s'aperçut alors que le liquide s'échappait par deux ou trois perforations spontanées qui existaient un peu au-dessous et en arrière du gland. Le paraphimosis fut réduit et le malade fut transporté dans son lit où des lavages de la plaie devaient être pratiqués plusieurs fois dans les vingt-quatre heures.

On avait compté sur la dilatation du col vésical pour un écoulement facile de l'urine, mais dès le lendemain matin, on constatait, par la souillure des draps, que le malade avait dû uriner seulement par regorgement, et que la vessie remontait à une certaine hauteur au-dessus du pubis. Une sonde de Pezzer fut alors introduite dans la vessie par le méat périnéal. Trois à quatre cents grammes d'urine s'écoulaient à ce moment, urine ammoniacale, renfermant une certaine quantité de pus et de sang.

Sous l'influence de lavages vésicaux et uréthraux, pratiqués trois fois par jour, l'état local se modifiait assez rapidement, en même temps que l'état général devenait meilleur. Dès le cinquième jour sa température ne dépassait guère 38° et on pouvait considérer l'opéré comme étant en voie de guérison. Il quitta l'Hôtel-Dieu vingt jours après son entrée, le 14 mai (Poncet et Delore).

A la date du 16 janvier 1900 cet ancien opéré écrivait qu'il se portait très bien, travaillait comme auparavant, urinait bien et n'avait jamais eu besoin de se sonder.

Observation IV

(Thèse de Laplanche.) Tuberculose pénienne. Uréthrostomie périnéale. Guérison.

P..., 18 ans. Entre le 5 octobre 1892. Bronchite l'année dernière. En avril, augmentation de volume de la verge et écoulement, autour du prépuce et par le méat, de pus mélangé à de l'urine.

Douleur à la miction. Nie tout chancre et tout rapport sexuel.

La tuméfaction augmente ainsi que les douleurs, et il se décida à venir à l'Hôtel-Dieu où l'on fit le diagnostic de tuberculose pénienne, vérifié du reste par inoculation positive faite à des cobayes.

On constate :

Tuméfaction de la verge depuis le scrotum jusqu'au méat. Le gland est découvert en avant ; il existe de la balanité ; le prépuce est épaissi, suintement purulent par le canal et au niveau de la rainure préputiale ; pénis en battant de cloche ; on a de la peine à découvrir le gland, le malade étant anesthésié. On peut voir à gauche, près de la rainure, une ulcération grisâtre de la dimension d'une grosse tête d'épingle par où sortirait de l'urine pendant la miction. A son voisinage, cicatrice du volume d'un petit pois.

A partir du gland jusqu'au scrotum, le pénis a doublé de volume, donnant la sensation d'un chancre induré sous-préputial ; sur le dos du pénis, sensation de fluctuation.

Une bougie n° 14 est serrée ; lorsqu'on la fait pénétrer dans le canal, elle bute en divers points comme si elle rencontrait des ulcérations.

Opération le 6 octobre 1892. Incision de l'abcès du dos de la verge ; issue d'une demi-cuillerée à café d'un pus séreux, grumeleux. En prolongeant l'incision, on constate que les corps caverneux, l'urèthre, sont complètement entourés par une couche de fongosités mollasses. On abrase de petits foyers caséeux que l'examen histologique a bien démontrés être de nature tuberculeuse. Le tissu spongieux péri-urétral n'est plus qu'une masse fongueuse ; le canal est représenté par une muqueuse tomenteuse, d'un rouge vineux, très friable ; elle se déchire à la plus légère traction des pinces.

Quand on essaie avec la curette d'abraser les masses fongueuses, la muqueuse est fatalement dilacérée. Ces lésions tuberculeuses, dont le point de départ paraît être des ulcérations de même nature, occupant l'urèthre antérieur, nécessitent le raclage et la destruction au fer rouge. Dans ces manœuvres le canal ne peut être respecté et M. Poncet le sacrifie de parti pris poursuivant cette tuberculose pénienne jusqu'à ses limites, c'est-à-dire jusqu'à la face postérieure du scrotum. Le gland et les corps sont indemnes.

L'étendue, la profondeur de cette tuberculose locale, semblaient donc devoir nécessiter l'amputation du pénis, mais en raison de l'âge du sujet et des services que peut lui rendre un organe même écourté, M. Poncet lui fit l'uréthrostomie.

Deux mois après le malade quittait le service, guéri de sa tuberculose et urinant à volonté par son nouveau méat.

Sept ans après l'opération, P... est un jeune homme d'apparence vigoureuse. Il a présenté depuis l'intervention une ulcération tuberculeuse de la cuisse droite, depuis longtemps cicatrisée, et une pharyngite granuleuse qui a cédé à quelques cautérisations au fer rouge. Pas d'autre manifestation tubercu-

leuse. A ce moment son état général est parfait ; jamais il n'a présenté la moindre incontinence. Il urine toutes les cinq à six heures.

Presque toute la face inférieure du pénis est cicatricielle, ce qui a gêné les premières séances de coït, en donnant à la verge une légère forme arquée. Mais, peu à peu, la cicatrice s'est assouplie et l'introduction de la verge est devenue facile. Les érections sont normales.

Observation V

(Poncet. — *Archives provinciales de chirurgie*, 1895.) *Uréthrostomie périnéale pour rétrécissement infranchissable de l'urèthre datant de dix-neuf ans. Infiltration urineuse en 1890. Depuis lors fistules périnéales. Mictions de plus en plus difficiles malgré différents traitements : dilatation répétée, uréthrostomie externe. Pyélonéphrite ascendante. Urines albumineuses. Phlegmon prévésical. Large ouverture de l'abcès. Création au périnée d'un méat contre nature. Guérison. Revu huit mois après, il a une santé excellente. Pas de troubles urinaires.*

Observation VI

(Thèse de Coignet.) *Rétrécissements inflammatoires depuis dix-sept ans. Phlegmons périnéaux multiples. Insuccès de la dilatation et de six uréthrotomies internes. Nombreuses fistules périnéales avec callosités péri-uréthrales. Rétention d'urine et infection. Cachexie urinaire. Uréthrostomie périnéale. Guérison. Continence parfaite du méat périnéal. Résultat datant de deux ans.*

Observation VII

Rochet. — Chirurgie de l'urèthre, de la vessie, de la prostate.) Rétrécissements anciens de l'urèthre ayant nécessité treize uréthrotomies, sans résultat durable. Dilatation dangereuse. Uréthrostomie périnéale. Guérison. Mort cinq ans après, d'une pneumonie.

Observation VIII

(Thèse de Coignet.) Uréthrostomie périnéale pour rétrécissement infranchissable de l'urèthre; ayant résisté à deux uréthrotomies internes. Intolérance pour les sondes. Guérison rapide depuis sept années. États général et local parfaits.

Ces observations et bien d'autres que l'exiguïté de ce travail ne nous permet pas de transcrire nous montrent l'état des opérés avant l'uréthrostomie périnéale et nous voyons ce que devient cet état après l'intervention. Que devons-nous penser de cette opération qui sacrifie au point de vue fonctionnel une notable étendue de l'urèthre et qui modifie en de si larges mesures l'anatomie et la physiologie génitales ?

Si l'on en croit les statistiques, c'est une intervention bénigne ; on ne connaît pas de décès opératoire. Cela est vrai : l'uréthrostomie périnéale, intervention souvent difficile, toujours délicate, ne semble pas dangereuse. Elle aboutit en définitive à un méat nouveau situé sur la ligne médiane bien en arrière des bourses, en avant de l'anus. Sa forme est celle d'une fente antéro-postérieure ou d'un pertuis à contours plus ou moins

inversés. Ce méat n'est pas à l'abri du rétrécissement; il a même tendance à se rétrécir et, avec l'uréthrostomie périnéale comme avec les autres méthodes, il faudra que le malade ait la précaution de dilater de temps à autre son nouveau canal.

Au point de vue fonctionnel si le malade veut uriner debout, il sera astreint à se passer une petite sonde en gomme pour porter au dehors le contenu de sa vessie. Au demeurant l'inconvénient d'uriner accroupi est de petite importance au dire des malades eux-mêmes. Les opérés retiennent leurs urines, c'est là l'essentiel; les sphincters n'ont rien à voir avec l'opération. Quant à la projection des urines, elle se fait avec force, elle est commode et les intéressés ne s'en plaignent pas. Les lavages, le cathétérisme sont d'une extrême simplicité et il sera facile d'en user largement pour mettre le malade à l'abri de l'infection.

Somme toute, de ces infectés qui menaçaient de succomber à la marche ascendante de micro-organismes évoluant en terrain conquis; de ces désespérés lassés d'être éternellement ballottés entre des douleurs intolérables et des interventions toujours à recommencer, l'uréthrostomie périnéale a fait des hommes capables de reprendre leurs travaux, de diriger de nouveau leurs affaires, de vivre la vie de tout le monde. Elle leur a rendu avec la santé physique l'énergie morale qu'ils avaient perdue.

L'intervention n'a nullement compromis l'érection: elle l'a même souvent rendue moins douloureuse. Cependant si l'opéré ne se soucie pas outre mesure (à la

longue) d'être obligé de se passer un bout de sonde pour user comme tous les autres des urinoirs, il ne trouvera pas à son goût cette éjaculation de derrière les bourses. En tous cas il doit être prévenu que le coït, toujours possible, ne saurait être désormais fécondant et qu'à moins d'user de la « fécondation artificielle » la paternité lui est à l'avenir refusée. En général ce n'est pas une question de gros intérêt à l'âge où se posent en général les indications de l'uréthrostomie et quel que soit d'ailleurs l'âge du malade (car on est amené souvent à faire des méats périnéaux à des malades encore jeunes), la responsabilité en cette matière est d'autant moins grande que nous pensons qu'on ne se résout à pratiquer l'intervention que parce que l'étendue des dégâts ne permet plus de faire utilement autre chose. Le chirurgien a fait une opération de « pis aller » et le malade a bien su que pour guérir il lui fallait faire un sacrifice.

Et le sacrifice la plupart du temps est fait volontiers quand on peut le convaincre que la fausse route que prend son sperme pourra n'être connue que de lui et qu'on l'assurera sincèrement que des opérés l'ont caché durant des années à leur épouse même. Le rideau scrotal n'est-il pas là, et l'uréthrostomie périnéale n'en a pas diminué l'opacité.

CONCLUSIONS

Nous n'avons voulu reparler de l'uréthrostomie périméale que pour essayer de rappeler que c'est une intervention susceptible de rendre de grands services à toute une catégorie de malades désespérés.

Ce n'est pas une opération d'urgence et bien rares sont les cas où elle est indiquée d'emblée sur un sujet en danger immédiat.

C'est une opération de nécessité, pratiquée en dernière ressource quand tout a été tenté et quand la chirurgie d'urgence et l'intervention temporaire n'ont pas permis le traitement conservateur.

Outre la nécessité clinique absolue, nous avons vu que parfois on sera conduit à tenir compte de l'état moral du malade, de sa situation sociale et de l'impossibilité où l'on peut se trouver de recommencer toujours des manœuvres longues et dangereuses chez un ouvrier, par exemple, dont le travail assure la vie de toute une famille.

La création d'un méat périnéal n'a rien qui diminue, vis-à-vis de son entourage, la *virilité* de l'opéré. Nous savons qu'il peut sauvegarder, s'il le veut, toutes les apparences. Cette intervention de « pis-aller » ne crée

pas une véritable infirmité et les malades eux-mêmes s'en déclarent satisfaits.

L'uréthrostomie périnéale doit néanmoins être plus limitée dans ses indications que ne l'ont écrit les élèves de Poncet et dans les cas du type des observations III et IV de notre thèse nous nous demandons si un traitement plus expectatif avec surveillance serrée n'aurait pas eu aussi son indication.

On fera l'uréthrostomie périnéale :

Dans les rétrécissements inflammatoires qui ont résisté à tous les traitements ou qui ne se laissent dilater qu'au prix d'accidents graves ;

En cas de danger urgent quand le conducteur ne peut être introduit, si l'opération apparaît facile et brève, et seulement dans ce cas. L'intervention d'urgence n'est pas, en général, le méat périnéal même temporaire, c'est la cystostomie ;

Dans certains traumatismes étendus de la région pelvienne de l'urèthre, mais c'est là une indication rare ;

Dans la tuberculose uréthrale, mais on se rappellera que, le plus souvent possible, il sera préférable d'établir un méat temporaire pour laisser le canal au repos et traiter à son aise le foyer atteint.

Vu : le Président de la thèse

SEGOND

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- PONCET. — Congrès français de chirurgie (1893, p. 403).
- *Mercredi médical* (12 avril 1893). Indications et résultats éloignés de l'uréthrostomie périnéale.
 - *Gazette hebdomadaire* (mai 1893).
 - *Archives provinciales de Chirurgie*. De l'uréthrostomie périnéale (février 1895, p. 81).
 - *Semaine médicale* (novembre 1895).
- COIGNET. — *Thèse de Lyon*, n° 815, 1892-1893. De l'uréthrostomie périnéale. Création d'un méat contre nature au périnée.
- LAPLANCHE (Emile). — Des résultats éloignés de l'uréthrostomie périnéale. Opération de Poncet. Etude clinique basée sur vingt-trois opérations. *Thèse de Lyon*, 1899-1900, n° 16.
- DELORE. — *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*. Uréthrostomie périnéale pour rétrécissements avec fistules incurables de l'urèthre (4 mai 1899).
- PONCET ET DELORE. — *Traité de l'uréthrostomie périnéale* (Paris, 1900).
- NOGUÈS. — *Thèse de Paris*, 1891-1892, n° 305. De la réparation de l'urèthre périnéal.
- RAVANIER. — *Thèse de Paris*, 1896-1897, n° 118. Des rétrécissements traumatiques de l'urèthre. Leur traitement.

HALLÉ ET WASSERMANN. — Anatomie pathologique des rétrécissements de l'urèthre (*Annales des maladies des organes urinaires*, Paris, 1894).

GUYON. — Voies urinaires (Leçons cliniques sur les).

BAZY ET ROUTIER. — Société de chirurgie, 1899.

PONCET. — Du cancer profond de la verge. Epithéliome intrapérinéal. (Congrès de l'Association Française pour l'Avancement des Sciences.) Alger, 1881.

BARBET. — De la tuberculose de la verge (*Th. de Lyon*, 1892-1893).

CHALOT. — *Traité de Chirurgie et de Médecine opératoire*.

DUPLAY ET RECLUS. — *Traité de Chirurgie*, 1899 (Ch. VII. Rétrécissements de l'urèthre).

